

➤ **Il bambino HA FREQUENTATO L'ASILO NIDO** _____

per n. _____ anni scolastici.

- la propria famiglia convivente è composta da:

(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(parentela)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

— è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie ☐ SÌ ☐ NO ☐

Dichiara che n. _____ figli frequentano questo Istituto Comprensivo nell'anno scolastico 2025-2026

Dichiara che n. _____ figli frequenteranno questo Istituto Comprensivo nell'anno scolastico 2026-2027

- Che richiederà al Comune il servizio PRE SCUOLA (7.30-8.00)
- Che richiederà al Comune il servizio POST SCUOLA (16.00-18.00)

Il servizio di PRE e POST SCUOLA è stato attivato per l'anno scolastico 2025/26 presso il plesso “Don Milani” di via Cartesio;

Si informano le famiglie degli alunni che intendono effettuare l'iscrizione presso la **Scuola dell'Infanzia Andersen** che, per l'anno scolastico **2026/2027**, è possibile esprimere il proprio interesse per l'attivazione del servizio di **pre e post scuola**. L'iscrizione alla scuola dell'infanzia Andersen non può essere subordinata all'attivazione del servizio stesso che sarà gestito interamente dal Comune di Limbiate. L'effettiva attivazione resta subordinata alle verifiche e alle condizioni organizzative stabilite dall'Ente Locale. Non potranno essere ammessi spostamenti al plesso Don Milani qualora il servizio non dovesse essere attivato salvo posti disponibili

- Dichiara di essere a conoscenza che l'iscrizione verrà cancellata dopo 30 giorni di assenza priva di giustificata scritta e dopo 2 mesi di assenza continuativi anche se giustificata.

SCELTA DELL'INSEGNAMENTO DELLA RELIGIONE CATTOLICA

l'alunn _____ (COGNOME) _____ (NOME)

- ☐ si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica
- ☐ non si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica.

Chi non si avvale dell'insegnamento della Religione Cattolica svolgerà Attività Didattiche alternative.

FIRMA dei genitori _____

NOME COGNOME ALUNNO _____

NUMERI DI TELEFONO A CUI LA SCUOLA PUO' FARE RIFERIMENTO	
n. tel. abitazione	_____
n. tel. madre	_____
n. tel. padre	_____
n. tel. altri (specificare)	_____

Il sottoscritto dichiara che l'alunno deve assumere farmaci salva-vita ☐ SÌ ☐ NO

Data Firma dei genitori.....
In caso affermativo e necessario consegnare **tempestivamente** la richiesta, redatta sulla specifica modulistica corredata di certificazione medica, all'Ufficio di segreteria della scuola.

☐ **Verbale di accertamento + profilo di funzionamento per alunni con disabilità**

☐ **Visite specialistiche (Es: Logopedista – Psicomotricista)**

Il sottoscritto dichiara che: ☐ non esistono ☐ esistono
sentenze del Tribunale (1), che regolamentano l'esercizio della potestà genitoriale.

Data Firma dei genitori
Nota (1): Qualora la potestà genitoriale fosse regolamentata da sentenze del Tribunale, **i genitori sono tenuti a prendere contatto con il Dirigente Scolastico.**

Il sottoscritto dichiara di assumersi la responsabilità della vigilanza del propri....figli.....durante la permanenza nel plesso nelle giornate di scuola aperta ai genitori.

Data Firma dei genitori

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** che, al termine dell'attività didattica:

- ☐ l'alunna/o sarà prelevata/o dai genitori
- ☐ l'alunna/o sarà prelevata/o dal signor/a

.....
Data..... Firma dei genitori

AutorizzoI propri.... figli a partecipare alle **uscite didattiche giornaliere** programmate che la classe nella quale è inserito effettuerà, sotto la guida dell'insegnante, nell'ambito del territorio comunale di Limbiate.

Data Firma dei genitori

Il sottoscritto, presa visione delle regole che la scuola ritiene fondamentali per una corretta convivenza civile, sottoscrive, condividendone gli obiettivi e gli impegni, il **PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA'**.

Data Firma dei genitori

Data Firma dei genitori Padre.....
 Madre.....

PADRE

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento identità

TELEFONO

SOURCE NUMBER		YEAR 1990	

Firma per esteso

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Documento identità

TELEFONO

--	--

Firma per esteso

Cognome e nome		Luogo e data di nascita	Documento identità
INDIRIZZO E-MAIL:			
Firma per esteso			

Limbiate

Firma dei genitori
Padre _____
Madre _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE A.S. 2026/2027

dell'alunn ☐ Maschio ☐ Femmina

l'iscrizione dell' stesso alla scuola dell'infanzia nel plesso;

□ *Don Milani*
Via Missori
(attivo nell'a.s.
2025/26 PRE-
POST)

(segnare la casella del plesso scelto con una X)

La scelta del Plesso non è vincolante.

MODELLO SCUOLA RICHIESTO

Il sottoscritto, tenuto conto delle opportunità educative offerte dalla scuola e fatte salve eventuali condizioni ostative che potrebbero non permettere la piena accettazione delle richieste CHIEDE:

(Barrare la voce che interessa)

ORARIO FREQUENZA:

- *Frequenza orario ordinario 40 ore settimanali dalle ore 8,00 alle ore 16,00 da lunedì a venerdì*
- *Frequenza orario ridotto solo al mattino (fino alle ore 13.00 dopo il pasto)*

Consapevole che la domanda sarà accolta in applicazione di quanto contenuto nella C.M. n. 10 del 15/11/2016 e dei Criteri deliberati dal Consiglio di Istituto presenti sul sito www.leolimbiate.edu.it

A tal fine dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa, consapevole delle responsabilità cui va incontro in casi di dichiarazione non corrispondente al vero, che

l'alunn _____ CODICE FISCALE _____

è nat a _____ (prov. _____) il _____

se nato all'Estero, in Italia da n° anni _____

è cittadino ☐ italiano ☐ altro (indicare quale Stato) _____

- è residente a _____

Via _____ n. _____

 Cell _____ E-mail (obbligatoria) _____

SE DIVERSA:

residenza madre

residenza padre